



Behandlungsvertrag

☐ Mainz

☐ Mendig

Behandler(in)

Name des Rechnungsempfängers: ☐ Frau ☐ Herr

Name, Vorname des Patienten: ☐ Frau ☐ Herr

Straße:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum des Patienten:

Telefon privat: Telefon dienstlich:

Mobiltelefon: E-Mail:

Behandelnder Arzt:

Empfehlung durch:

Welche(r) Therapeut(in) wurde Ihnen empfohlen?

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Krankenkassenzugehörigkeit

☐ Privat versichert: Beihilfeberechtigt ☐ Ja ☐ Nein

☐ Zusatzversichert:

☐ Gesetzl. Krankenkasse (mit Erstattungsmöglichkeit)

☐ Gesetzl. Krankenkasse (ohne Erstattungsmöglichkeit)

☐ Ich habe die AGB's gründlich gelesen
und stimme diesen zu.

☐ Ich stimme hiermit zu, dass ich die Aufklärung über die Mobilisationen und Manipulationen
gelesen habe und bestätige hiermit, dass ich über die Art, den Umfang, die Durchführung,
zu erwartende Folgen, aber auch die Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten auf die
Diagnose und Therapie sowie evtl. Alternativen aufgeklärt worden bin.

.....
Datum

.....
Unterschrift